Ф.И.О.:        Пол:

Телефон:       Электронная почта:

Рост:     см Вес:     кг Дата рождения:   .   .

У вас диагностирован рак?

нет  да,

точный диагноз (микроскопический анализ):         
 (например протоковый рак молочной железы), (дата)   .   .

Операция

нет  да, название вмешательства:      , (дата)   .   .

Метастазы

нет  да, где:

Облучение

нет  да, начато (дата)   .   .     , получено    количество, вся доза:

Химиотерапия (лечение цитостатическими препаратами)

нет  да, начато (дата)   .   .     , получено    количество

Гормональное лечение

нет  да, начато (дата)   .   .     , название препарата:

Возможность предоставить важные выписки из истории болезни

нет  да

Возможность предоставить микроскопические стекла с биопсией

нет  да

Возможность предоставить рентгеновские снимки, магнитно-резонансовые исследования

нет  да

Есть ли у вас другие заболевания и какое лечение получаете

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Началось | Болеете до сих пор/Вылечены | Лечение |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Постоянные лекарственные препараты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лекарство (название) | Доза | Количество препарата в день | Когда начали принимать лекарство (приблизительно) |
|  |  | / день |  |
|  |  | / день |  |
|  |  | / день |  |

Какие обезболивающие препараты вы принимали в течение вчерашнего дня?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лекарство (название) | Доза | Количество препарата в день | Когда начали принимать лекарство (приблизительно) |
|  |  | / день |  |
|  |  | / день |  |

Общее состояние здоровья (ответ на все вопросы по шкале от 1-10; 1- очень плохое, 10 -очень хорошее)

* как Вы чувствуете себя сегодня:
* как проходят недолгие прогулки на улице:
* боли в покое:
* боли при движении:

В каком возрасте начались месячные:    В каком возрасте месячные закончились:

Какое гормонозаменяющее лечение получаете

не использую    в течение года

Другие важные данные которым хотите с нами поделиться: